

Komunikuji, komunikuješ, komunikujeme...

Jeden z axiomů komunikační teorie praví, že „nekomunikovat nelze“. V praxi bychom ale samozřejmě všichni chtěli, aby zdravotníci komunikovali „dobře“ – vcítili se, podpořili, vysvětlili, uklidnili... Jaké však mají adepty lékařského povolání možnosti naučit se těmto dovednostem?

| Martin Čermák

„Při práci s nemocnými se nelze spokojit jen s obecnými komunikačními dovednostmi, které si osvojujeme v běžném životě... Zdravotník musí zvládnout i komunikaci profesní. Péče je nemyslitelná bez komunikace mezi nemocným a zdravotnickým pracovníkem,“ napsaly pro ZDN.cz Mgr. Věra Bambušková a Mgr. Nina Matějková ze SZŠ Karviná.

Neuralgický bod

Uvedené tvrzení je platné pro všechny, kteří přicházejí do kontaktu s pacienty. Komunikace je nejen klíčovým, ale i neuralgickým bodem zdravotní péče. „Ve spektru stížností jsou otázky komunikace nejčastější hned za žádostmi o přešetření léčebné péče. Bývají to i případy vzájemných nedorozumění mezi lékaři,“ popisuje důvody stížností pacientů na lékaře předseda Čestné rady ČLK prof. MUDr. Richard Škába, CSc. Komora se proto rozhodla zařadit mezi garantované vzdělávací akce kurzy komunikace. „Tuto stránku poskytování zdravotní péče jsme nepovažovali za nejdůležitější,“ přiznal prezident ČLK MUDr. Milan Kubek a dodal, že lepší forma komunikace je například i jedním z důvodů, proč někteří pacienti podléhají lákadlům alternativní medicíny.

Podle komorového časopisu *Temus Medicorum* chtějí pacienti více jasnějších informací o svém zdravotním stavu, více otevřenosti v souvislosti s vedlejšími účinky léčby, emocionální podporu a rady, jak mohou sami přispět k léčbě. Třetí-

na pacientů, s nimiž lékař málo mluvil o postupu jejich léčby a nenechal je podílet se na rozhodování, přešla do několika měsíců k jinému lékaři. Vyplývalo to z průzkumu, v němž odpovídalo 7700 pacientů. A právě jeho výsledky argumentuje ČLK, když lékařům nabízí komunikační školení.

Problém se týká lékařů ambulantních i nemocničních. Z celostátní ankety organizace HealthCare Institute vyplynulo, že když mají pacienti jmenovat hlavní nedostatky nemocniční péče, uvádí především anonymitu a odtažitost ze strany personálu.

Co se v mládí naučíš...

Snažit se napravit nedostatky v komunikaci u profesionálních rutinářů v nemocnicích a ambulancích je chvályhodný počín, ale je jasné, že pokud má být změna k lepšímu hlubší a trvalá, je třeba začít s osvojováním si komunikačních dovedností a stylu již během studií a přípravy na profesionální dráhu.

Zdálo by se, že u studentů půjde o mnohem snazší úkol – jsou mladší, tvárnější, ochotnější učit se novým věcem a mají na sebezodkonalování dostatek času. Řada oslovených pedagogů lékařských fakult se ovšem shodla, že ani u mediků se kurzy komunikace vždy nesetkají s bezvýhradným přijetím a pochopením. Někteří například považují za ohrožující, že je tento proces „mění zevnitř“, jiní hůře akceptují, že výsledkem kurzu není jasné daná suma informací a technických dovedností.

„Ve výuce komunikace navíc nejde ani o pouhý nácvik toho, aby studenti uměli říct ‚dobrý den‘, byli upraveni a empatičtí,“ říká na úvod doc. PhDr. Marcela Bendová, Ph.D., vedoucí Ústavu psychologie LF MU. „Patří sem sebezkušenost, kontrola a porozumění tomu, co se děje v kontaktu s nemocným ve mně a co v pacientovi. A to nenahradí žádná přednáška. Kdo neprožil, nepochopí.“

Podle doc. PhDr. Jany Kocourkové z Dětské psychiatrické kliniky 2. LF UK se v medicíně jedná vždy o tři okruhy – znalosti, dovednosti a postoje – a to se týká i komunikačních dovedností. „Podle mého názoru nejde pouze o nácvikovou techniku, ale také o znalosti ve specifické oblasti medicíny (psychologické i somatické), o postoje a etické přístupy. Není to jen nácvik společenského chování a běžné slušnosti ve styku s lidmi, ale především komunikační zvládnutí kontaktu s nemocným. To ovlivňuje řada okolností, jako je osobnost pacienta (může být specificky poruchová), klinická situace a její závažnost, ale samozřejmě také způsob chování ze strany lékaře (který rovněž může mít osobnostní specifika – ‚osobní rovnici‘),“ upozorňuje docentka Kocourková.

Umět se domluvit

„Lékař musí pro svoji praxi zvládnout odbornou problematiku, ale aby mohl pacientovi pomoci, musí se s ním umět domluvit. Jestliže lékař nepochopí pacientův problém, vše, co následuje, může být chybné – dochází ke zbytečným vyšetřením, chybným závěrům i léčbě,“ podotýká MUDr. Libuše Válková, vedoucí Katedry všeobecného lékařství IPVZ a Výukového pracoviště praktického lékařství 2. LF UK.

Budoucí lékař podle ní musí vědět, že je důležité cvičit se v komunikaci, kterou bude potřebovat:

- k navázání kontaktu s nemocným,
- k vytvoření atmosféry důvěry, pochopení a zájmu o nemocného,
- k získání spolupráce pacienta v procesu stanovení diagnózy a léčby,
- ke zjištění, zda pacient radám lékaře rozumí a je ochoten se jimi řídit.

„Jestliže si z předmětu ‚Úvod do praktického lékařství‘ studenti nezapamatují nic jiného, než že je dů-

Pohled z praxe I

I tak nesporný základ seriózní komunikace a nastolení vzájemné důvěry, jakým je představení se lékaře, chybí až u 50 % prvních kontaktů, jak řekl na setkání s novináři kardiolog Nemocnice Na Homolce doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FCSE. Poukázal také na skutečnost, že prudký rozvoj medicínské technologie je v nepříčném úměře se stále se snižujícím časem na komunikaci s pacientem. „Informační technologie ve zdravotnictví způsobily, že pacient je pro mnoho lékařů ‚virtuální‘ – v podobě elektronických dat z vyšetření,“ říká Táborský. Pacienti si pak stěžují nikoli na neobdobnost, ale neosobní přístup a nedostatečnou pozornost věnovanou jeho obtížím. Přitom asi třetina práce lékaře by podle docenta Táborského měla spočívat právě v komunikaci.

Miloš Táborský uvádí i alarmující data ze zahraničních studií, podle nichž dochází k závažnému poškození pacienta až ve 40 % také následkem chybné komunikace, nezájmu či nedostatku empatie lékaře.

Pro zlepšení komunikace s pacientem Miloš Táborský mimo jiné radí:

- dát pacientovi prostor na kladení otázek předem,
- zachovat individuální přístup,
- psychicky pacienta podpořit, omezit jeho strach a obavy,
- během výkonu vnímat zpětnou vazbu ze strany pacienta,
- klást důraz na kontakt s rodinou a dalšími pečujícími zdravotníky a nepodcenit jej.

ležité s pacientem hovořit a věnovat dostatek času a pozornosti jeho sdělení, neminul se kurz účelem,“ dodává dr. Válková.

Klíčové kompetence

Jaké jsou tedy klíčové dovednosti týkající se komunikace, které by se budoucí lékaři a sestry měli naučit? Co u nich lze vybudovat, posílit či na co se zaměřit během času vymezeného pro výuku?

Podle PhDr. Michaela Šebka, CSc., z Ústavu lékařské etiky a humanitních základů medicíny 2. LF UK jde především o rozvinutí těchto schopností:

1. **Naslouchat**, dívat se na pacienta během rozhovoru, být trpělivý, být pozorujícím účastníkem komunikace. Vnímat metakomunikaci (mimika, pantomimika, paraverbální charakteristiky), všimnout si nejen toho, co pacient říká, ale i toho, co neříká. Všimnout si úzkosti, strachu, napětí a depresivního ladění pacienta.
2. **Sdělovat** pacientovi informace **srozumitelným jazykem** a dbát na to, že úplná informace zahrnuje pří-





Ilustraci foto: www.innopharm.com

tomný stav a diagnózu, objasnění diagnózy, etiologii a prognózu. Uvědomit si, že složitější informace je třeba pacientovi spíše napsat než sdělovat na to, že si vše zapamatuje. Užívat zpětnou vazbu pro kontrolu, jak pacient informacím porozuměl, popřípadě zda se chce na něco zeptat. Vyvažovat „špatné“ zprávy „dobrymi“.

3. Být v komunikaci **emocionálně mírně pozitivní** ve výrazu, dát na jevo zájem o pacienta, vystříhat se však vtipkování a svádívému chování. Umět zaujmout empatický postoj. Nezatahovat vlastní problémy do sdělení pacientovi nebo do celkového rámce komunikace.

4. **Nesnižovat a neurážet** pacienta a dbát na etické komponenty komunikace.

5. Při sdělování fatálních zpráv **dbát na pacientovu připravenost** k jejich přijetí, dbát na prostředí a sociální kontext, v němž ke sdělení dochází.

6. Umět používat **podpůrnou psychoterapii** u závažněji nemocných pacientů.

Magistry Bambušková a Matějková ze SZŠ v Karviné doplňují ještě tyto dovednosti:

- **Umění klást otázky**, a to i v případech, že komunikace není jednoduchá (děti, nemocní v depresi, agresivní pacienti, smyslově i mentálně postižení).
- **Ovládat profesionální chování** (být profesionálně adaptovaný, vědomý si svého postavení a zodpovědnosti, dokázat se rychle zorientovat v nové situaci, dokázat pracovat v týmu, respektovat druhé, vhodně reagovat na kritiku).

„Věc se však nedá omezit pouze na dovednosti. Komunikace není jen technika – každý člověk vždy mluví sám za sebe svojí osobností,“ shoduje se PhDr. Šebek s docentkou Kocourkovou.

Poodstoupit z obsahu

„Mezi metody výuky patří jak ty, které více směřují k nácviku (hraní rolí, videotechnika), tak i cvičení se v sebereflexi a analýze protipřenosu (proč to či ono lékař k pacientovi cítí a proč na něj tak či onak reaguje, případně co na pacienta přenáší),“ říká doc. Jana Kocourková.

Také vedoucí Oddělení lékařské psychologie a psychoterapie Ústavu humanitních studií I. LF UK PhDr. Ing. Karel Hájek, Ph.D., považuje za důležitý základ profesního růstu dovednost introspekce. Výuka zahrnuje postupy, které se u studentů snaží rozvíjet citlivost k rozlišování externího pozorování a introspektivních dat. „Princípem projekce dosazujeme svoji náladu a aktuální pocity do druhých. Tento proces běží spontánně, aniž bychom si jej uvědomovali. Na začátek proto zařazujeme jednoduchou techniku, jejíž pomocí u sebe studenti princip projekce odhalí a pochopí. Na to navazuje nácvik nezáčastného pozorování.“ Studenti mají za úkol pozorovat interakci předškolního dítěte a dospělého. Od dat pozorování (zapisují jen to, „co uši slyší a oči vidí“) se učí odlišit subjektivní stav. Do sloupce označeného jako „stav pozorovatele“ zapisují, jak se mění jejich prožívání během pozorování (např. sympatie či antipatie k dítěti či dospělému). Protokol z pozorování se potom na semináři vyhodnocuje. „Je tedy důležité se subjektivitou počítat a umět s ní pracovat. Umět oddělit to, co zachytím z okolí a co vkládám ze sebe.“

Je to do jisté míry opak časté praxe, kdy podle Karla Hájka přetrvává ne-reálný názor lékaře „ke všem pacientům přistupuji stejně a já jsem objektivní“, což nakonec vede k vytěšňování důležitých významů. „Jde o to vidět vzájemnou interakci z pohledu procesu – zachytit, jak jeden reaguje na druhého,“ uvádí dr. Hájek.

Díky této dovednosti by lékaři měli dokázat „poodstoupit“ z obsahu, o kterých se s pacientem dohadují. „Může se stát, že se lékař snaží předávat informace, i když pacient mlčí a stahuje se z rozhovoru. V takové fázi již nejde o samotnou informaci o lékařském zákroku, ale o to, že tlačíme pacienta do kouta. Chceme, aby se zákrokem souhlasil, ale nechceme se zabývat jeho obavami, jeho emocemi, které nám úkol jen „komplikují“,“ popisuje doktor Hájek. Informace však v takových případech pacienta stejně mine, protože je zahlcený emocí, například strachem. V rámci cvičení se student učí „odchytit proces komunikace“, nahlédnout, co se ve vztahu děje. I když jde v obsazích komunikace například stále o stejný zákrok, proces se mění: Je důležité rozlišit, kdy jde o předávání a přijímání informace, kdy o přesvědčování někoho, kdo má strach a brání se. A jak dlouho trvá, než studenti na tuto „pravidla“ a postupy přistoupí? „Je to záležitost individuální. Někteří studenti to vezmou jako hru, baví se tím, že rozkrývají významy odporované komunikace třeba v tramvaji, mezi známými nebo se tak dívají na vlastní komunikaci. Jiné to nebaví, ale aspoň jim ukážeme, že existuje tento úhel pohledu na mezilidskou komunikaci a je možné díky němu zdokonalovat své komunikační dovednosti.“

Spontaneita a autenticita

Ideálním cílem by podle docentky Bendové mělo být, aby si budoucí lékař různá témata sám „zažil“, aby šla z něj a on pak při kontaktu a komunikaci s pacienty jednal spontánně, empaticky a autenticky. Stane se tak pro pacienty důvěryhodným a ti pak mohou lépe přijímat jeho rady a doporučení.

Oslovení odborníci se však shodují, že při výuce do hloubky příliš zajít nelze. „V řadě případů to probíhá spíš tak, že se lékař naučí „slušnému chování“: Pozdraví, představí se a řekne pacientovi, že jej bude operovat. Tím alespoň navodí at-

mosféru rovnocenné komunikace,“ domnívá se docentka Bendová. Smysl výcviku v komunikaci však také vidí v něčem jiném. „Studenti se musí naučit pracovat sami se sebou, se svými emocemi, afekty či obrannými reakcemi.

„Vedle anamnesticko-diagnostického rozhovoru a předávání informací při vedení terapie by se studenti měli naučit, jak ošetřit situaci, ve které se u pacienta vyskytne emoce (rozpláče se, zlobí se, propadá bezmocí apod.); tedy umět vést emočně podpůrný rozhovor,“ navazuje PhDr. Hájek. Po nácvicích rozhovoru během seminářů jsou studenti vysláni do terénu takový rozhovor s pacientem provést. Při tom rozlišují témata rozhovoru, data pozorování i svůj subjektivní stav.

„Díky této dovednosti věst rozhovor nedirektivním, empatickým způsobem budou umět s pacientem lépe jednat – například když je v krizi, má strach nebo je naštvaný. Navíc se dozví řadu informací z jeho života. V takovém celistvějším obraze o pacientovi pak mohou hledat oblasti, které jsou pro jeho léčbu nápomocné – například kde jsou opory, kde slabá místa a zda by se hodila spolupráce s dalšími subjekty,“ pokračuje doktor Hájek s tím, že podobný postup vede k chápání kontextu pacienta a jeho nemoci. „Co je vlastně ten člověk zač, jak žil, v jakých vztazích, jaké byly jeho priority, než onemocněl. Co se z jeho předešlého života dá využít, aby ten nynější nebyl jen o nemoci a aby se jeho kvalita opět zvyšovala.“

Prvky terapie a supervize

Komunikační a sebezkušenostní výuka na lékařských fakultách tak do jisté míry přejímá určité prvky ze skupinové psychoterapie a supervize. Při vedení výuky se osvědčila metoda vycházející z tzv. balintovských skupin. „Položím otázku, zda se studenti setkali s určitou situací. Někdo začne povídat a potom pracujeme s pocity, které je důležité zachytit a umět s nimi pracovat, když se do takové situace jako

A co agresivita?

K obávaným následkům nevládnuté komunikace patří agresivní reakce pacientů. Lze dát studentům i zdravotnickým profesionálům účinnou „zbraň“ jak tyto situace řešit, případně jim předcházet?

Dr. Libuše Válková z IPVZ a 2. LF UK uvádí příklad workshopu „Agresivita pacientů stále častější – jak si poradíme?“ Mezi četnými reakcemi účastníků prý prevažoval návod tiché, trpělivé komunikace se snahou situaci vysvětlit a řešit.

Neméně problematické situace vznikají při setkání lékaře s agresivními příbuznými. „Osvědčilo se, když takového člověka posadíte. Podobné situace určitě není dobré řešit vestoje a na chodbě, ideální je mít pro komunikaci vyčleněný prostor, kde nejste rušeni,“ říká klinický hematolog MUDr. Petr Pavlíček z FN Královské Vinohrady.

„V kurzech IPVZ pro školitele je jedním z prvních přednáška psychologa na téma „Jednání s konfliktním pacientem“, zakládající se na rozboru lidské typologie, jejíž poznání působí preventivně ve smyslu včasné přípravy lékaře na určitý způsob jednání s určitým typem jedince,“ popisuje dr. Válková. „Jak se vypořádají naši školitelé s konfliktním pacientem, zjišťujeme při videokonzultacích, kdy je jeden scénář vždy zaměřený na podobnou situaci a reakce postiženého kolegy je podrobně rozebrána auditoriem stylem „jak bych se k případu postavil já.“

profesionálové dostanou. Důležité je, aby z toho co nejvíc lidí ve skupině mohlo těžit a něco si vzít. Studenti sice často nejsou nastaveni na to, aby uměli popsat něco tak niterného, jako je pocit, a zorientovat se v něm, ale vůbec tyto techniky neberou špatně a většina z nich se snaží o účelnou sebereflexi,“ vypráví doc. Bendová.

Karel Hájek popisuje, jak na 1. LF UK studenti při seminářích zpracovávají zkušenosti s odběrem anamnézy: „Vždy máte nějaké obsahy, o kterých se pacientům v anamnéze hůř mluví. Společně se studenty hledáme, jak se na takové věci ptát. Zkoušíme porozumět tomu, co ve které situaci komu vadilo, nesedlo. Jde o obecný princip – pokud z rozhovoru s pacientem přetrvává nespokojenost, může v ní být schovaný význam, který je návodem, jak s takovým pacientem komunikovat dál.“ V tomto ohledu má již práce se studenty aspekt supervize.

„Balintovské skupiny mohou být při výuce dobrým pomocníkem – studenti vyšších ročníků se již s pacienty stýkají a mají svoji zkušenost s komunikací a někdy i složitou situaci, vycházející z ‚trojúhelníku‘ pacient – student – školící lékař,“ potvrzuje Michael Šebek.

Otevřenost a bezpečí

Samozřejmě i na seminářích lékařské psychologie a komunikace platí předem dohodnutá pravidla. „Říkám, že jsou určité hranice sdílnosti; někdo je má blízko, někdo daleko. A co říkat nechtějí, to ať neřekají. Všechny upozorňuji, že co bude vyřčeno na skupině, nepodléhá žádnému zákonu o mlčenlivosti, a je tedy na každém, které informace o sobě sdělí. Ani tak ale nemáme problém, že by se diskuse nerozjela,“ říká Marcela Bendová.

„Když chce někdo sdělit něco důvěrného, je třeba se ve skupině domluvit předem, aby o tom ostatní nikde jinde nemluvili. Ale není to pravidlo. Je to výuka, ne psychoterapeutická skupina. I sebezkušenostní techniky jsou vedené tak, aby studenti nemuseli své obsahy sdělovat v celé skupině. Stačí, když se sami o sobě něco důležitého dozvědí a popovídají si o tom ve dvojicích,“ navazuje Karel Hájek.

Podle něho se otevřenost v rámci seminářů postupně vyvíjí, napomáhá tomu i rozložení kurzu na 1. LF UK do dvou semestrů. Přitom je však stále důležité vytvářet atmosféru bezpečí a respektovat míru důvěry, která je v každé skupině jiná. „Témata, která probíráme (např. téma smrti a umírání), řadu studentů opravdu tíží, ale málokdy mají příležitost o nich mluvit. Takže většina z nich s povděkem přijme, že zde to místo je – mohou říci své názory i prožitky, aniž by to pro ně bylo nebezpečné.“

Karel Hájek poukazuje na to, že při práci s druhým jde zároveň o práci se sebou. „Jestliže chci uspokojivě zvládnout profesi a nepokřivit sebe nebo své pacienty, musím se měnit a vyvíjet. Ale když při semináři vidím, že se někdo cítí ohrožený tím, že by měl u sebe něco měnit, a brání se, pak to respektuji. Mohu na to jen říci, že vím, že zacházení s pacientem se dá nacvičovat a že i empatie se dá kultivovat. Nejedná se pouze o ‚vrozené

vanou reprodukci. ‚Vadí jim sdělit pacientce, že je léčba prakticky u konce. Velmi často mají zábrany navrhnout pacientce, aby si podala žádost o adopci, obtížně se jim komunikuje s mužskými partnery,‘ vypočítává docentka Bendová. Mezi dalšími body, které lékaři považují ve své práci za velmi problematické, podle ní patří i neschopnost rozoznat optimální míru sdělování informací a z toho vyplývající chyby.



ilustrace: Face-Profimedia.cz

schopnosti, které někdo prostě má a jiný ne. Při seminářích především vytvářím atmosféru, aby nebylo ‚nutné‘ se bránit vůči něčemu, co studentovi nesedí a ohrožuje jej. Spíš je to nabídka – každý z ní využije to, co chce.“

Komunikační přešlapy

Co podle odborníků dělá budoucím i současným lékařům v komunikaci s pacienty největší potíže? Shodují se, že jde o sdělování závažné diagnózy, komunikaci během paliativní péče a rozmluvu či kontakt s umírajícím (doprovázený pocitem bezmoci). Podle docentky Bendové se jedná o vysoce stresovou záležitost i pro „ostřílené“ lékaře a sestry, kteří ani tak nejsou na tyto situace dostatečně připraveni a často je vnímají jako záťaž. Sama realizovala výzkum mezi třemi stovkami zdravotníků pracujících na onkologii, kde se tato skutečnost potvrdila. Jako záťaž však prý vnímají některé komunikační situace třeba i lékaři zabývající se asisto-

A které jsou tedy hlavní chyby při komunikaci lékaře s pacientem? Podle MUDr. Válkové mezi ně patří:

- nedostatek opravdového zájmu o pacienta,
- skutečnost, že lékař a pacient nemluví stejnou řečí (odborná terminologie),
- nedostatek času a trpělivosti,
- nedostatek respektu k druhému,
- neschopnost navázat kontakt a komunikovat empaticky,
- opomíjení významu nonverbální komunikace.

„Schopnost podpořit a uklidnit nemocného nelze bez výše uvedeného,“ dodává doktorka Válková.

„V simulovaných komunikačních situacích studenti většinou opakují způsoby lékařů, které mají sami zažit jako pacienti. Takže vlastně přinášíjí do výuky komunikačních dovedností ten ‚nejlepší materiál,‘“ uzavírá doktor Šebek.

Češi komunikovat neumí

„Práce zdravotníka nesmí být vnímá-

na jako nějaké vyšší poslání, které s sebou na jedné straně přináší záťaž řehole, ale na druhé straně neomezené právo rozhodovat o životech lidí,“ uvedl nedávno v rozhovoru pro Lidové noviny odborník na kvalitu ve zdravotnictví MUDr. David Marx. „Smutné je, že absolventi přejímají od primářů nejen praktické dovednosti, ale někdy i jejich povýšený postoj a s ním spojený ne právě šťastný způsob komunikace,“ podotkl Marx.

„Je zde potřeba vytvořit ‚partnerství‘ s pacientem,“ říká PhDr. Šebek. Medicína je však podle něj stále pojímána jako působení lékaře (subjektu) na objekt (v čemž je implicitně zakotvena pasivita pacienta). „A platí to i v komunikaci. Pacient však často také chce být subjektem komunikace – nejen objektem. A zde je už základní nedorozumění,“ pokračuje doktor Šebek s tím, že mnoho problémů v komunikaci mezi lékařem a pacientem proto zůstane jako kulturní problém a jako problém osobní „psychologie“ každého lékaře a každého pacienta.

Pokud se hovoří o komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem, většinou se pojednává o schopnostech, dovednostech či povinnostech lékaře. Odborníci však nabízejí i úhel pohledu na celou problematiku z druhé strany: „V České republice lidé obecně nejsou připraveni na tzv. otevřenou komunikaci. Většinou nám dělá problémy jasně a srozumitelně se vyjádřit, hodně hodnotíme a kritizujeme, často ani neumíme přijmout pochvalu. Na otevřenou a smysluplnou komunikaci tedy musí být nachystaný i pacient – když není, lékař pak nic moc nezmůže. Máme pacienty, kteří vyžadují po lékaři co možná nejvíce informací, ale jsou i tací, kteří prostě nic vědět nechtějí a cítí se tak bezpečněji. Je právě na umu lékaře, aby poznal, kdy a co může říci,“ uzavírá Marcela Bendová.

Zdálo by se, že věc je jasná alespoň z pohledu právního. „V zákoně je však řečeno, že lékař je povinen pacienta informovat o diagnóze, ale s dovětkem ‚vhodným způsobem‘. A teď se můžeme dohadovat, co je to ‚vhodný způsob‘. Myslím, že nechtěné informace by se lidem neměly vnučovat. Pacient v nemoci zraje a je možné vyčkat s traumatizujícími informacemi do doby, kdy se na situaci vážné nemoci adaptuje – přijme skutečnost a je připraven přijmout i všechna opatření a léčbu. Lékaři a zdravotníci by ale v každém případě měli dbát na to, aby byl pacient léčen lege artis, i když třeba často žádanou alternativní léčbu nepřipustí,“ pokračuje docentka Bendová.

Didaktické metody

Pedagogové mají při výuce komunikace na výběr pestrou škálu didaktických metod. Doktorka Válková uvádí například tyto:

Medici medikům – i v komunikaci

Medici, kteří se více zajímají o komunikační aspekty své práce, mají i jiné možnosti než semináře na fakultách. Jednou z nezávislých iniciativ v tomto směru jsou akce sdružení 2M – Medici medikům, kde se scházejí medicové ze všech tří pražských lékařských fakult. Sdružení pořádá diskuse na eticko-medicínská témata, přednášky se zkušenými lékaři a psychology nebo právě komunikační semináře. Na nich si adepti lékařského povolání mohou mimo jiné vyzkoušet, jaké to je být „v kůži pacienta“.

První z řady podobných seminářů uspořádalo sdružení 2M na konci loňského roku – pozvání přijal klinický hematolog MUDr. Petr Pavlíček, který se s medikou podělil o své zkušenosti, jak lékař (ne)může ovlivnit psychiku svého pacienta, a psychoterapeut Mgr. Jakub Hučín, který se zamyslel nad tématem vztahu mezi lékařem a pacientem a nad emočními situacemi, které v něm vznikají. Na závěr bloku si medicové mohli vyzkoušet několik modelových situací.

- nácvik komunikace ve dvojicích na obecná témata,
- sledování a reflexe videokonzultací lékaře s pacientem,
- simulovaná komunikace během konzultace týkající se plánovaného vyšetření,
- simulovaná videokonzultace mezi posluchačem a hercem na základě rámcově stanoveného scénáře s následným rozborem a vzájemnou zpětnou vazbou posluchačů („jak bych to dělal já“).

Z odpovědí oslovených pedagogů vyplývá, že patrně nejčastější a nejlépe využitelné jsou při výuce techniky založené na psychodramatu. „Nácviky probíhají formou scének, v nichž se střídají role. Studenti si zkusí zahrát lékaře, pacienta, kolegu, sestru... Používáme samozřejmě video a podměnkou k zápočtu je mimo jiné, aby byl každý nafilmován v roli lékaře i pacienta,“ říká docentka Bendová. Vedle různých situací při komunikaci s pacientem se dostane i na další témata, jako je komunikace v týmu či prevence konfliktu. Téma vyplyne zpravidla ze situace přímo na semináři, pracuje se s tím, co studenty zajímá nebo čeho se během výuky dočkají.

„Hraní rolí podobné psychodramatu je velmi efektivní metoda. Má v sobě kreativní prvky a situace lze zahrát znovu – lépe nebo hůře,“ potvrzuje Michael Šebek. „Nechávám studenty, aby byli ‚autory, scénáristy a režiséry‘ toho, co předvádějí. Někdy sám navrhnou nějaké téma, ale zpracování nechám na nich,“ říká. Oblíbeným tématem studentů je podle něj sdělení diagnózy. Naopak schopnost uklidnit či podpořit se prý ve student-

ské inspiraci objevuje zřídka. Pacienti nejsou na podporu příliš zvyklí, a to se odráží i v atmosféře komunikačního výcviku. „Hodně také záleží na tom, jací studenti se na náš výběrový předmět přihlásí. Musí mít odvalu do toho jít. Nevýhodou této techniky totiž je, že studenti se nezřídká cítí pod tlakem kritiky za to, co předvedli. I proto je třeba pracovat v malých skupinách,“ podotýká doktor Šebek.

„Když si studenti zkusí scénky přehrát, zpočátku namítají, že je to ‚jen jako‘. Dokáží však velice dobře hrát pacienty. To je většinou strhne a ti, kteří si zkoušejí roli lékaře, jsou brzy zahrání do úzkých. Čelí svým prožitkům, s nimiž budou konfrontováni ve skutečné situaci s pacientem. Narozdíl od reálu, kdy se prožitky většinou potlačí a pak se znovu ventilují mezi kolegy třeba formou černého humoru, můžeme sociodrama přerušovat a významy nepříjemného prožívání hned zpracovat – využít je pro další komunikaci. Při nácviku si studenti jasně uvědomují zátěž, která v komunikaci například při sdělování závažné zprávy vzniká,“ uzavírá Karel Hájek.

Zážitky i informace

Všechny situace a pravidla samozřejmě probrat nelze. Výuka lékařské psychologie a komunikace bývá vedena více v zážitkové, ale vedle toho i v informativní poloze. „Studenti mimo jiné dostávají nejruznější návody – například doporučení a pravidla komunikace s tělesně postiženým, s onkologicky nemocnými a jejich rodinami, s depresivně nemocnými, stručné instrukce k základům vedení rozhovoru, požadavky na lékaře, požadavky na pacienty, ale třeba i schéma, podle kterého se hodnotí kvalita života. Je to takový balíček, který si studenti z naší výuky odnesou,“ říká docentka Bendová.

I tak by řada studentů raději upřednostnila „tvrdou“ nauku a není připravena na sebezkušenostní a zážitkové pojetí výuky. „Mám k tomu ilustrativní příhodu. Studenti v naší výuce se mezi sebou často neznají a setkají se v této sestavě poprvé třeba až na cvičení či přednášce. Samozřejmě věnujeme začátek tomu, že se mezi sebou představíme a seznámíme. Jeden student mi pak po skončení napsal, že výuka byla výborná, ale že podle něho bylo zbytečné se představovat, protože jsme tím ztratili čtvrt hodiny! Většina studentů však hodnotí výuku jako obohacující a vyžadují její rozšíření, řada z nich nám na konci semestru sdělí, že se dozvěděli mnoho i o sobě, nejen o pacientech,“ usmívá se Marcela Bendová.

Myšlení z jiného světa

Karel Hájek tvrdí, že „psychologické“ myšlení a dovednosti působí na řadu studentů jako cosi z „jiného světa“. Reagují na ně proto přiroze-



ně s nedůvěrou. Nejde totiž jen o prosté podání informací, které lze jednoduše pochopit. „Samozřejmě se setkávám s názory typu ‚proč se to musíme učit, na co to je‘. Záleží na tom, jak kdo dokáže ‚přehodit výhybku‘ a podívat se na věci kolem sebe jinak než dosud osvojeným ‚medicínským‘ pohledem. Při výuce lékařské psychologie nejde pouze něco se naučit a to pak odprezentovat při zkoušce. Snažíme se předat nejen znalosti a komunikační dovednosti, ale také zpřístupnit postupy zvyšující osobní kompetence pro zvládnání lékařské profese. Ne vždy a ne všem studentům se to daří zprostředkovat. Ale myslím, že ať už z toho mají jakýkoli parciální užitek, je to dobře,“ říká dr. Hájek.

„Někteří studenti přijdou s vysokým sebevědomím posluchače medicíny ve 4. ročníku. Mají pocit, že jsou dokonalí, a v jim ten obraz najednou rozbijete. Když je ‚sundáváme z piedestalu‘, samozřejmě se brání, ale nakonec i tyto studenti pocítují úlevu a jsou při výcviku aktivní,“ potvrzuje docentka Bendová. „Nebojím se jim také přiznat, že i já jsem měla v komunikaci těžké chvíle, a rozdělil se o zkušenost, jak jsem je zvládla. Vidím, že jsou příjemně překvapeni, že nikdo není neomylný a že

každý může udělat chybu, aniž by ho to ponížilo. Ale právě proto by měli být na komunikaci s pacientem připraveni, aby si všechny své pocity zavčas uvědomili a uměli s nimi pracovat... Jsou i takoví, kteří tuto výuku považují pro sebe za nepodstatnou, ale jde spíš o výjimky.“

Ve většině ostatních předmětů jsou studenti orientováni na výkon a mají dáno, co je správné a co špatné. „U nás je hned na začátku seminářů řečeno, že nebudeme hodnotit, jestli někdo řekl to či ono správně nebo špatně. Vůbec se nemusíme shodnout na společném názoru či kritériu, necháváme to na subjektivitě každého studenta. V mezilidských situacích přeci neexistuje jen jedno řešení pro daný problém. Každý si musí najít to své optimální,“ doplňuje PhDr. Hájek.

„Rovina rozumová nám usnadňuje a vůbec umožňuje život. Řídí nás však rovina emoční, kterou ovládnout nelze. Jediné, co můžeme ovládnout, jsou projevy našich emocí, a to je třeba se naučit. Vždyť například sympatie či nesympatie k lidem vznikají hned na počátku setkání, aniž by třeba pacient promluvil. Je to něco, co se vytváří nejen v rovině vědomé,“ uzavírá docentka Marcela Bendová.

Pohled z praxe II

„Jen jedno procento pacientů posoudí odbornou stránku, ale 99 procent vnímá vztah. Ten může výrazně ovlivnit i prognózu pacienta, která mimo jiné souvisí s tím, zda pacient svému lékaři důvěřuje a řídí se jeho radami,“ říká MUDr. Petr Pavlíček z Oddělení klinické hematologie FN Královské Vinohrady. „Ani vrozený cit však vždy nepomůže. Věřit se do pacientů je opravdu těžké – nikdy tuto stranu nepoznáme, můžeme se jen dohadovat o jeho náladě.“

MUDr. Pavlíček přidává několik tipů, jež se mu osvědčily při komunikaci s vážně nemocnými:

- Srovnat onkologické onemocnění s jinými chronickými chorobami, které jsou pro pacienty méně „děsivé“ (hypertenze, diabetes), ale nebagatelizovat. V případě, že se jedná o onemocnění chronického rázu, je vhodné pacientovi sdělit, že se v mnoha případech dá říši snížit aktivitu choroby.
- Vyhnut se „killing words“ (tedy slovy jako např. „leukemie“ či „transplantace“, jejichž obecně vnímaný význam se vymyká naší kontrole). Po jejich zaznění bývá pacient v šoku a nevnímá, co lékař říká. Efektivnější je věc podrobně popsat či opsat, čímž lékař zároveň vzbudí více důvěry u pacienta, protože se mu věnuje.
- Důkladně se ujistit, že pacient rozuměl. (Nikoli však otázkou: „Rozuměl jste?“ Pacient má ve stresu tendenci automaticky lékaři přikývnout...)
- Na konci vizity položit „kouzelnou otázku“: „Nepotřebujete ještě něco jiného?“ Lékař tím pacienta často příjemně překvapí a dá mu najevo svůj zájem.
- Ne vždy lze pacienta uzdravit, ale vždy lze pomoci a nabídnout vztah. „Často není potřeba víc času nebo prostředků, ale jen více snahy a dobré vůle,“ uzavírá doktor Pavlíček.